

П.В. Кротенков

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННОЙ ГРУДНОЙ МИЕЛОПАТИИ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (Москва)

Синдром дискогенной грудной миелопатии, обусловленный сдавлением спинного мозга грыжами грудных межпозвоноковых дисков (ГГМД), характеризуется хроническим, прогредиентным течением, неизбежно ведущим к инвалидизации пациентов, при отсутствии адекватного хирургического вмешательства.

Целью нашего исследования является обоснование необходимости своевременного хирургического лечения дискогенной грудной миелопатии посредством микрохирургической дискэктомии на грудном отделе позвоночника, на основании анализа клинических данных и результатов хирургического лечения. 8 пациентов с ГГМД и передним сдавлением спинного мозга. У всех пациентов, во всех случаях оперативного лечения получены хорошие результаты, с регрессом неврологической симптоматики. Своевременное определение показаний к оперативному лечению дискогенной грудной миелопатии и использование переднебоковой микрохирургической дискэктомии с декомпрессией спинного мозга, является оптимальным и эффективным методом лечения данной патологии.

Ключевые слова: дискогенная грудная миелопатия, грыжа грудного межпозвонокового диска, переднебоковой экстраплевральный доступ, микродискэктомия

MICROSURGICAL DISCECTOMY IN THE MANAGEMENT OF DISCOGENIC THORACIC MYELOPATHY

P.V. Krotenkov

Moscow Regional Scientific-Research Clinical Institution named after M.F. Vladimirovskiy, Moscow

Discogenic myelopathy caused by thoracic disc herniation (TDH), is characterized by slow and gradual course, inadvertently leading to severe disability, if adequate treatment is not attempted. The purpose of our study is to show the necessity of early surgical intervention utilizing anterolateral discectomy with spinal cord decompression for management of myelopathy caused by TDH. We have modified the anterolateral extrapleural approach for the surgical treatment of TDH. We used it for the treatment of 8 patients with symptomatic TDH. were, and were. Our postoperative results, assessed using ASIA/IMSOP classification, suggest that adequate indication for surgery and choice of anterolateral discectomy with spinal cord decompression, show favorable outcome.

Key words: discogenic thoracic myelopathy, thoracic disc herniation, anterolateral extrapleural approach, microdiscectomy

ВВЕДЕНИЕ

Дискогенная грудная миелопатия, обусловленная сдавлением спинного мозга и его магистральных сосудов грыжами грудных межпозвоноковых дисков (ГГМД), характеризуется хроническим, прогредиентным течением, неизбежно ведущим к инвалидизации пациентов, при отсутствии адекватного хирургического вмешательства. Консервативное лечение грудной миелопатии, вызванной грыжей диска, в большинстве случаев бесперспективно [2, 3]. Однако до сих пор среди неврологов и нейрохирургов нет единого мнения о выборе оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий при данной патологии [2, 4, 5].

Общепринятым методом хирургии ГГМД является микродискэктомия посредством переднебокового доступа к грудному отделу позвоночника и спинномозгового канала [2, 4, 5]. Мы модифицировали переднебоковой экстраплевральный доступ к грудному отделу позвоночного канала и стали использовать его для удаления ГГМД и декомпрессии спинного мозга и его корешков [1]. Данный доступ минимально инвази-

вен, подразумевает использование эндоскопа для лучшей визуализации и безопасности менингоградикулолиза и не требует проведения спондилодеза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обосновать необходимость своевременного хирургического лечения дискогенной грудной миелопатии посредством микрохирургической дискэктомии на грудном отделе позвоночника, на основании анализа клинических данных и результатов хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено хирургическое лечение 8 пациентов с ГГМД и кликой переднего сдавления спинного мозга. Течение их заболевания характеризовалось длительностью от нескольких месяцев до 4 лет. У всех пациентов клиническая картина была представлена миелопатией с расстройством двигательных функций различной степени выраженности. Среди них 5 (62,5 %) мужчин, 3 (37,5 %) женщины. Возраст больных от 40 до 65 лет.

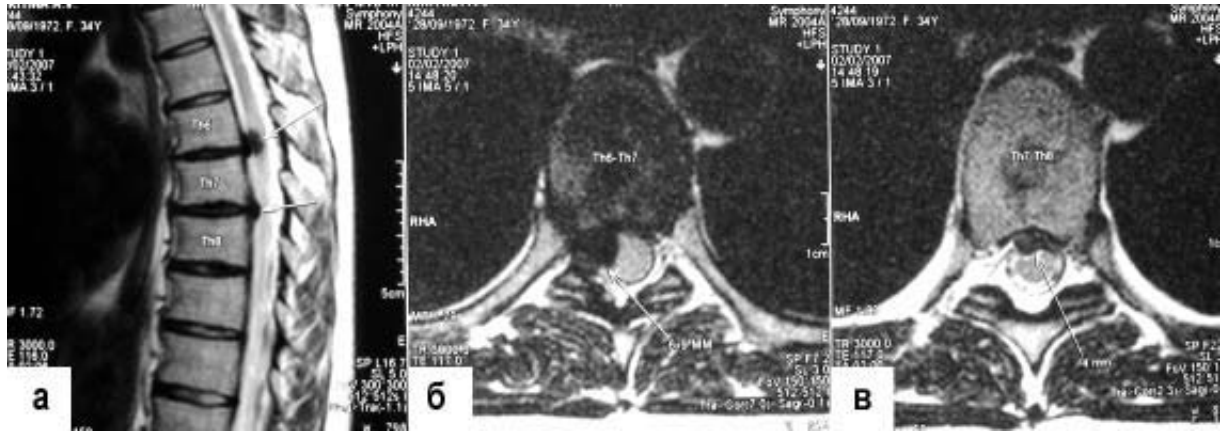


Рис. 1. МРТ грудного отдела позвоночника: а – сагиттальная МРТ до операции визуализирует грыжи дисков Т6–7 и Т7–8 сдавливающие спинной мозг; б – аксиальная МРТ до операции визуализирует латеральную грыжу диска Т6–7; в – аксиальная МРТ до операции визуализирует парамедиальную грыжу диска Т7–8;

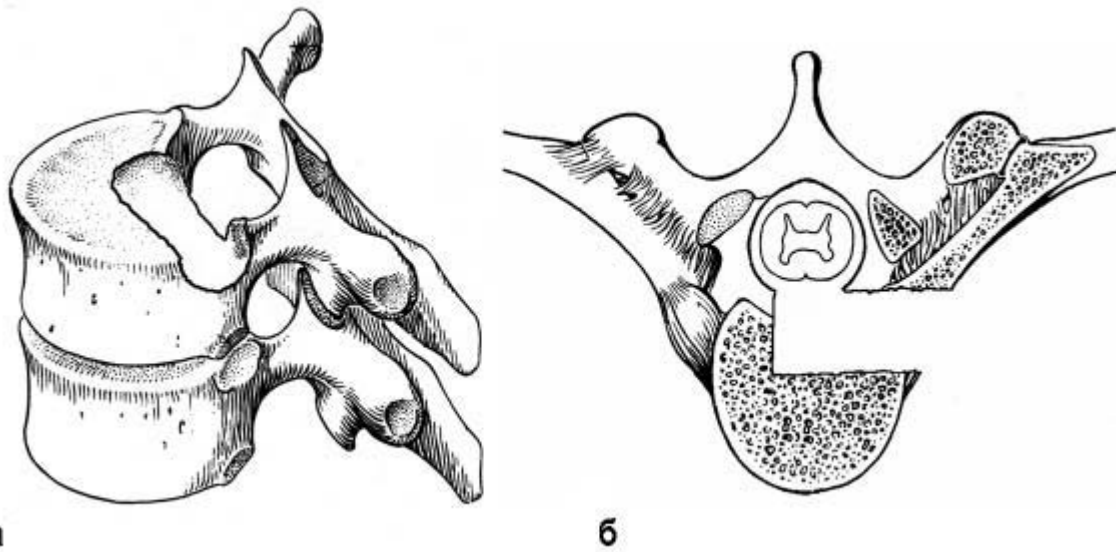


Рис. 2. Схематическое изображение модифицированного переднебокового экстраплеврального доступа к грудному отделу позвоночного канала.

В наших случаях у 6 пациентов (75 %) первым симптомом заболевания являлась боль, у всех 8 (100 %) отмечалось онемение и слабость в ногах, сопровождавшаяся тазовыми нарушениями у 2 (25 %) пациентов. У 7 (87,5 %) пациентов грыжи грудных дисков были единичны, на уровне от Т6 до Т12, у 1 пациента (12,5 %) диагностированы 2 грыжи на уровне Т6–7 и Т7–8 (рис. 1 а, б, в). Во время операции у 6 (75 %) пациентов выявили медиальное или парамедиальное расположение грыж, у 2 (25 %) пациентов латеральное расположение.

Для топической диагностики уровня поражения всем пациентам проводились бесконтрастная спондилография, миелография и магнитно-резонансная томография.

До поступления в нейрохирургическую клинику всем пациентам длительно проводилась консервативная терапия грудного остеохондроза с применением противовоспалительных препаратов, анальгетиков и хондропротекторов. Эффект от ле-

чения в большинстве случаев не наблюдался или оно давало кратковременный результат. Между тем, неврологические нарушения в виде парестезии и снижения активности сухожильных рефлексов, уменьшении мышечной силы в конечностях, нарушении тазовых функций имели прогрессирующий характер.

Основным показанием для оперативного лечения больных с компрессионными синдромами грудного остеохондроза служило сдавление спинного мозга, неэффективность полноценного консервативного лечения при наличии компрессионных синдромов спинного мозга, нарастающей миелопатии с инвалидизацией больного. Для удаления ГГМД у всех пациентов был использован разработанный нами модифицированный переднебоковой экстраплевральный доступ к грудному отделу позвоночного канала [1].

Оперативное вмешательство выполнялось под общим наркозом, в положении пациента на боку. Первым этапом выполняется заднебоковая тора-

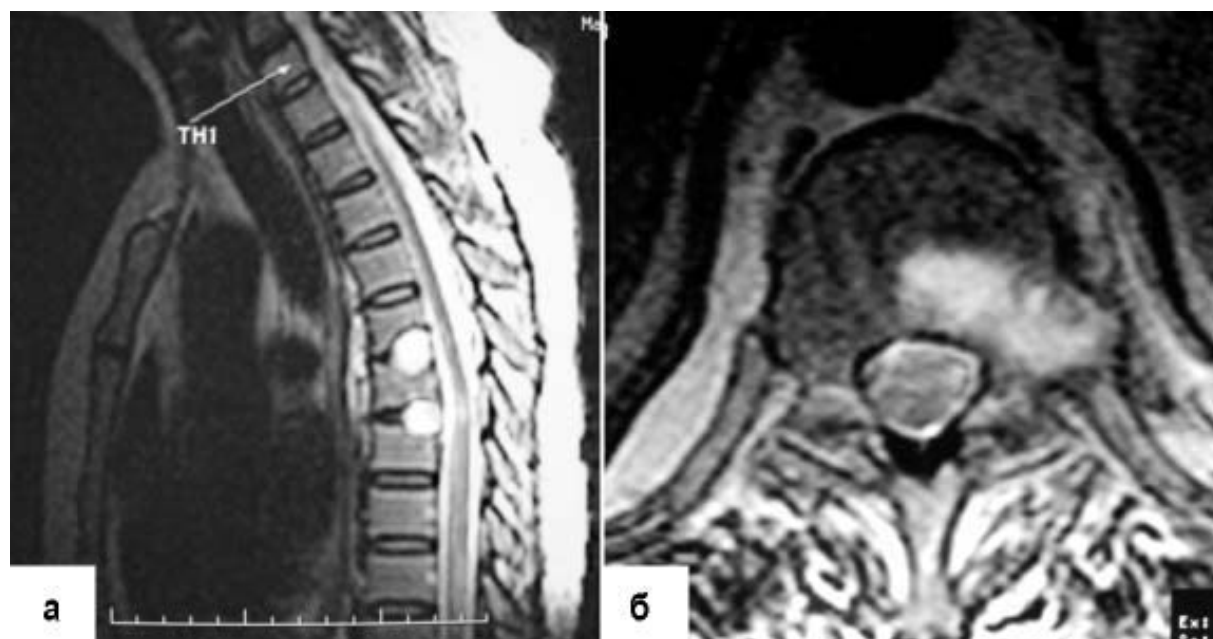


Рис. 3. МРТ грудного отдела позвоночника: а – сагиттальная МРТ после операции удаления грыж дисков Т6–7 и Т7–8, компрессия спинного мозга устранена; б – аксиальная МРТ после операции удаления грыжи диска Т7–8.

котомия и экстраплевральный доступ к телам грудных позвонков.

Вторым этапом, после выделения проксимальной части поперечного отростка, головки ребра и реберно-позвоночного сустава, резецируется головка ребра с сохранением ножки дуги, реберно-поперечного сустава и связки. После этого визуализируются боковые отделы межпозвоночного диска, от края позвоночного канала до передних отделов тел смежных позвонков.

Третьим этапом проводится микродискэктомия. Фрезой малого диаметра, по краю позвоночного канала, производится резекция межпозвоночного диска и частично тел смежных позвонков в пределах задней трети тела позвонка, на глубину захватывающую 2/3 поперечника позвонка (рис. 2 а, б). Направление фрезы перпендикулярно боковой оси позвоночника, параллельно заднему краю тел грудных позвонков. По ходу резекции выполняется микропрепаровка, микрокюретаж и удаление компримирующего субстрата. Когда в результате микропрепаровки в поле зрения появляется переднебоковой край дурального мешка, наложение фрезевого отверстия продолжается параллельно ему. При этом дуральный мешок находится в поле прямой видимости, и риск травмирования спинного мозга минимален.

Четвертым этапом операции, после формирования фрезевого отверстия, производился микрокюретаж грыжи диска и ревизия переднего эпидурального пространства с помощью эндоскопа. Эндоскоп особенно необходим в случае гигантской, медиальной и кальцифицированной грыжи диска, часто плотно сращенной с дуральным мешком. Использование эндоскопа позволяло визуализировать процесс менингеолиза и минимизировать травму нервно-сосудистых образований. В

завершение проводилась ревизия корешков и межпозвоночного отверстия. Завершающим пятым этапом операции проводился гемостаз и послойное ушивание операционной раны.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения грыж грудных межпозвоночных дисков прослеживались нами от 1 до 5 лет. Регресс неврологической симптоматики оценивался по модифицированной шкале ASIA/IMSOP. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилось рентгенологическое исследование или магнитно-резонансная томография в срок 1, 3, 6, 12 месяцев после операции (рис. 3 а, б). У всех пациентов, во всех случаях оперативного лечения получены хорошие результаты, с регрессом неврологической симптоматики.

ОБСУЖДЕНИЕ

Развитие дискогенной миелопатии обусловлено не только компрессией ГТМД спинного мозга, но и комплексом патологических процессов (спазм сосудов спинного мозга и его ишемия, отек корешка и его оболочек, контрактура мышц спины). Неврологические нарушения в виде парестезии и снижения активности сухожильных рефлексов, уменьшении мышечной силы в конечностях, нарушении тазовых функций имели, как правило, прогрессирующий характер. Однако восстановление функций и ликвидация неврологических симптомов занимает от нескольких недель до нескольких месяцев и лет [2, 3, 5]. Поэтому необходима точная диагностика для предупреждения, с одной стороны, поспешной и необдуманной операции, приводящей к дополнительной дестабилизации позвоночника. С другой стороны, потеря време-

ни при истинной компрессии ГГМД нервно-сосудистых образований позвоночного канала, что приводит к необратимому нарушению функций спинного мозга. МРТ, РКТ и контрастная миелография позволяют дополнить картину компрессионного синдрома. Данные инструментальных методов обследования необходимо сопоставлять с клинической картиной, и только при абсолютно неэффективном консервативном лечении, нарастании и стабилизации патологической неврологической картины — производить операцию [2, 3].

В наших наблюдениях, при своевременном определении показаний к оперативному лечению дискогенной миелорадикулопатии и использовании переднебоковой микрохирургической дискэтомии и декомпрессии спинного мозга, эффективность операции составила 90 — 95 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Грудная миелопатия характеризуется хроническим, прогредиентным течением, неизбежно ведущим к инвалидизации пациентов, при отсутствии адекватного хирургического вмешательства, вопрос о котором должен решаться однозначно, так как консервативное лечение в большинстве случаев бесперспективно.

Эффективное лечение дискогенной миелорадикулопатии возможно при своевременном опре-

делении показаний к оперативному лечению и выборе адекватного метода хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кротенков П.В. Модифицированный переднебоковой экстраплевральный доступ для хирургического лечения грыж грудных межпозвонковых дисков / П.В. Кротенков, А.М. Киселев, И.В. Есин / Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 4 (50). — С. 140 — 144.
2. Крючков В.В. Трансторакальная декомпрессия спинного мозга при грыжах грудных межпозвонковых дисков / В.В. Крючков, М.Н. Майлибаев // Вопросы нейрохирургии. — 2005. — № 4. — С. 12 — 15.
3. Луцик А.А. Компрессионные синдромы грудного остеохондроза / А.А. Луцик, М.А. Пеганова // Вертеброневрология. — 1995. — № 1. — С. 46 — 47.
4. Coleman R.J. Anterior spinal surgery for multiple thoracic disc herniations / R.J. Coleman, P.J. Hamlyn, P. Butler // Br. J. Neurosurg. — 1990. — Vol. 4. — P. 541 — 543.
5. Stillerman C.B. Experience in the surgical management of 82 symptomatic herniated thoracic disks and review of the literature / C.B. Stillerman, T.C. Chen // J. Neurosurg. — 1998. — Vol. 88. — P. 623 — 633.